ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE TOULOUSE

ANNÉE 1951 N° 23

Contribution à l'étude de quelques affections dentaires chez le chien

THÈSE

POUR LE DOCTORAT VETERINAIRE

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

devant la

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

ROGER ARDONCEAU

Né le 20 Avril 1925 à Paris XVe

JURY { Président : M. Brustier Professeur à la Faculté de Médecine
Assesseurs : { M. Darraspen Professeur à l'Ecole Véterinaire
M. Lasserre Professeur à l'Ecole Vétérinaire

TOULOUSE
Imprimerie Artisanale
32, avenue de Courrège - Toulouse.
1951

ARDONCEAU (**Roger**)

Contribution à l'etude de quelques affections dentaires chez le chien.

IMP. ART. 32, av. de Courrège - TOULOUSE

Thèse Vétérinaire Toulouse

N° 23, 1951, in 8°, 48 pages

ARDONCEAU (**Roger**)

Contribution à l'étude de quelques affections dentaires chez le chien.

IMP. ART. 32, av. de Courrège - TOULOUSE

Thèse Vétérinaire Toulouse

N° 23, 1951, in 8°, 48 pages

ARDONCEAU (**Roger**)

Contribution à l'etude de quelques affections dentaires chez le chien.

IMP. ART. 32, av. de Courrège - TOULOUSE

Thèse Vétérinaire Toulouse

N° 23, 1951, in 8°, 48 pages

ARDONCEAU (**Roger**)

Contribution à l'étude de quelques affections dentaires chez le chien.

IMP. ART. 32, av. de Courrège - TOULOUSE

Thèse Vétérinaire Toulouse

N° 23, 1951, in 8°, 48 pages

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE TOULOUSE

ANNÉE 1951 N° 23

Contribution à l'étude de quelques affections dentaires chez le chien

THÈSE

POUR LE DOCTORAT VETERINAIRE

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

devant la

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

ROGER ARDONCEAU

Né le 20 Avril 1925 à Paris XVe

JURY
- Président : M. Brustier Professeur à la Faculté de Médecine
- Assesseurs :
  - M. Darraspen Professeur à l'Ecole Véterinaire
  - M. Lasserre Professeur à l'Ecole Vétérinaire

TOULOUSE
Imprimerie Artisanale
32, avenue de Courrège - Toulouse.
1951

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE TOULOUSE

PERSONNEL ENSEIGNANT

	MM.
Directeur honoraire	MARTIN.
Professeur honoraire	LECLAINCHE.
Directeur	PONS.

PROFESSEURS

Chimie et Pharmacie	GODFRAIN.
Anatomie	FLORENTIN.
Physiologie	BRUNAUD.
Anatomie Pathologique. Inspection des Viandes	LOMBARD.
Parasitologie	BRIZARD.
Médecine	DARRASPEN.
Chirurgie	LASSERRE.
Pathologie du Bétail	BERTHELON.
Maladies Microbiennes	SAURAT.
Zootechnie	PONS.

AGRÉGÉS

Anatomie	BENOIT.
Médecine	FLORIO.
Chirurgie	PUGET.

CHEFS DE TRAVAUX

Pathologie du Bétail	TOURNUT.
Maladies Microbiennes	LAUTIÉ.
Physiologie	LABOUCHE.

COURS COMPLÉMENTAIRE

Pisciculture et maladies des Poissons	SECONDAT.

La Faculté et l'Ecole déclarent n'être pas responsables des opinions émises par les candidats (délibération de la Faculté en date du 10 mai 1891, et du Conseil de l'Ecole en date du 13 juin 1924).

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUSTIER
de la Faculté de Médecine de Toulouse
Officier de la Legion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence du jury de notre thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LASSERRE
Officier de la Legion d'Honneur

Qui a judicieusement revu notre travail.
Qu'il veuille bien recevoir, ici, tous nos remerciements et l'expression de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARRASPEN
de l'Ecole Nationale Veterinaire de Toulouse
Chevalier de la Legion d'Honneur

Pour la paternelle bienveillance qu'il nous a temoigne au cour de nos études.

A TOUS NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE DE TOULOUSE

Hommages respectueux.

MONSIEUR PUGET

En temoignage de gratitude pour l'aide bienveillante qu'il a bien voulu nous accorder dans l'elaboration de ce travail.

A MON PERE, A MA MERE

Humble témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA FEMME, A MON FILS

Avec toute ma tendresse.

A MES BEAUX PARENTS

Gage d'affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Par rapport à son grand frère de la médecine humaine, l'Art dentaire Vétérinaire est resté, sous bien des aspects, à l'état embryonnaire. Si nous cherchons une explication à cet état de choses, nous la trouverons facilement : notre médecine est avant tout dominée par un souci d'économie, variable selon les époques de notre Histoire, mais toujours accusé ; l'abatage de l'animal en vue de son utilisation pour la boucherie est souvent préféré à un traitement long et coûteux, moins rentable pour le propriétaire. Secondairement, l'indocilité de nos animaux constitue une entrave sérieuse aux interventions délicates, et nul n'ignore que la contention du sujet est un chapitre très important de la chirurgie vétérinaire.

Et cependant, l'espèce canine, qui jouit de notre affection, échappe un peu à la règle. Le chien, que l'on élève autant pour son affectivité que pour les services qu'il nous rend, fait un peu partie de la famille, et ce privilège lui veut d'être souvent soigné comme le serait l'enfant ou le fidèle serviteur. Malheureusement, l'Art dentaire appliqué au chien est aussi très en retard ; le diagnostic des affections est fréquemment peu précis. et le traitement ignoré du praticien. Si l'on ajoute que les maladies dentaires sont, chez le chien, aussi variées et néfastes pour le malade qu'elles le sont chez l'homme, l'on comprendra que tout travail tendant à les faire mieux connaître n'est pas inutile.

Chacun sait qu'une mauvaise mastication engendre presque toujours une digestion défectueuse, et que les dyspepsies gastro-intestinales, si graves de conséquences, de même que certaines infections, dont nous examinerons plus loin la pathogénie, se réclament très souvent d'une maladie dentaire. Et si nombreuses et

AVANT-PROPOS

Par rapport à son grand frère de la médecine humaine, l'Art dentaire Vétérinaire est resté, sous bien des aspects, à l'état embryonnaire. Si nous cherchons une explication à cet état de choses, nous la trouverons facilement : notre médecine est avant tout dominée par un souci d'économie, variable selon les époques de notre Histoire, mais toujours accusé ; l'abatage de l'animal en vue de son utilisation pour la boucherie est souvent préféré à un traitement long et coûteux, moins rentable pour le propriétaire. Secondairement, l'indocilité de nos animaux constitue une entrave sérieuse aux interventions délicates, et nul n'ignore que la contention du sujet est un chapitre très important de la chirurgie vétérinaire.

Et cependant, l'espèce canine, qui jouit de notre affection, échappe un peu à la règle. Le chien, que l'on élève autant pour son affectivité que pour les services qu'il nous rend, fait un peu partie de la famille, et ce privilège lui veut d'être souvent soigné comme le serait l'enfant ou le fidèle serviteur. Malheureusement, l'Art dentaire appliqué au chien est aussi très en retard ; le diagnostic des affections est fréquemment peu précis, et le traitement ignoré du praticien. Si l'on ajoute que les maladies dentaires sont, chez le chien, aussi variées et néfastes pour le malade qu'elles le sont chez l'homme, l'on comprendra que tout travail tendant à les faire mieux connaître n'est pas inutile.

Chacun sait qu'une mauvaise mastication engendre presque toujours une digestion défectueuse, et que les dyspepsies gastro-intestinales, si graves de conséquences, de même que certaines infections, dont nous examinerons plus loin la pathogénie, se réclament très souvent d'une maladie dentaire. Et si nombreuses et

fréquentes sont les affections dentaires du chien, que notre humble ouvrage ne pourrait prétendre être complet, encore moins développé. Notre ambition se limitera donc à l'étude des maladies que la clinique nous amène à constater journellement (tartre, carie, arthrite et fistules sous-orbitaires, hypoplasie de l'émail). Nous nous efforcerons de les reconnaître, les différencier, et leur opposer une thérapeutique efficace.

DEFINITIONS ET FREQUENCE

Des affections que nous avons retenues, un aperçu de la fréquence peut en dégager l'importance néfaste.

Au premier rang vient le tartre dentaire, dépôt anormal et accidentel de sels calcaires en provenance de la salive, et se formant autour du collet des dents. Bien peu de chiens présentent des dents absolument saines et blanches passé l'âge de 5 ans. Cependant, les cas vraiment graves où un pseudo-néoplasme pierreux et des complications d'ordre fonctionnel nécessitent une intervention sont beaucoup moins fréquents. Nos statistiques nous proposent les chiffres suivants : sur 100 chiens examinés à la consultation de l'Ecole Vétérinaire, 52 présentent un dépôt de tartre nécessitant seulement des précautions hygiéniques en vue d'éviter une aggravation, et 8 sont passibles de l'intervention médico-chirurgicale.

Vient ensuite l'hypoplasie de l'émail, se caractérisant par une absence plus ou moins totale du revêtement d'émail, et dont la fréquence sera envisagée avec plus de détails dans la rubrique que nous avons consacrée à cette anomalie. Disons tout de suite que 4 à 5 % des chiens sont atteints.

Au troisième rang se classe l'arthrite alvéolo-dentaire qui se définit comme une inflammation du ligament articulaire, aiguë ou chronique, se compliquant fréquemment d'une suppuration à l'origine du déchaussement dentaire (à ce stade, on l'appelle également pyorrhée alvéolo-dentaire ou gingivite expulsive). On rencontre l'arthrite sur 2 à 3 % des animaux et presque exclusivement chez les vieux sujets.

Enfin, la carie dentaire, cette affection microbienne qui désintègre la dent de la périphérie vers le centre est beaucoup plus rare que chez l'homme, puisque

peine 1 % des chiens en sont victimes.

Ces statistiques n'ont aucune prétention, et il convient de les accueillir avec réserve, car chacun sait que les choses de la biologie et de la pathologie se plient mal aux chiffres. Affirmons cependant qu'à part l'hypoplasie de l'émail dont l'existence et la durée sont liées à celles de la dent, les affections dentaires que nous nous proposons d'étudier ne se rencontrent presque exclusivement que sur les vieux animaux vivant dans les villes du régime le plus souvent irrationnel que leur imposent leurs propriétaires.

Nous envisagerons l'étude de ces affections en deux parties principales. Après un bref mais indispensable rappel anatomique, nous ferons de notre première partie une étude clinique dans laquelle symptômes, diagnostic et diagnostic différentiel, pronostic prendront place. Puis, dans la deuxième partie, nous aborderons prophylaxie et traitement.

Nous avons volontairement omis de développer l'étiologie et la pathogénie de ces maladies pour lesquelles de nombreux ouvrages seraient nécessaires.

Avant d'entreprendre notre étude, signalons que l'examen de la bouche chez le chien sera d'autant plus aisé que l'on usera de caresses et de patience. Les ouvre-bouche ne seront utilisés que pour les animaux vigoureux ou méchants, et encore faut-il, d'après le professeur Douville, préférer au pas d'âne à ressort un mors en bois placé dans l'angle inter-maxillaire, au niveau de la commissure des lèvres et immobilisé par un lien noué sur la nuque. L'éclairage de la bouche se fera à l'aide de la classique lampe frontale.

RAPPELS ANATOMIQUES

Structure générale de la dent :

Si l'on fait une coupe longitudinale et médiane d'une dent (incisive par exemple), on distingue :

— L'émail, couche vitreuse, mince, d'un blanc laiteux, qui suit tous les accidents de la couronne et s'arrête rigoureusement au collet. Plus épais sur les éminences que sur les excavations, et du côté excentrique que du côté concentrique, c'est une substance extrêmement dure, mais aussi très fragile ; elle éclate facilement sous l'influence des chocs, et la cassure, nettement striée dans le sens de l'épaisseur, révèle que l'émail est constitué de prismes juxtaposés, intimement unis, implantés perpendiculairement sur l'ivoire.

— L'ivoire, au-dessous, est d'un blanc jaunâtre. Il est également très dur, et, quoique très compact, le microscope le montre parcouru de fins canicules naissant dans la cavité dentaire interne et se dirigeant en se ramifiant vers l'émail ou le cément : ce sont les fibres de Tomes.

— Le cément recouvre l'ivoire radiculaire. Il est beaucoup moins dur que l'ivoire et il a la structure et les propriétés de l'os. Il ne faut pas le confondre avec le tartre que l'on observe au-dessus des gencives et qui se forme accidentellement aux dépens des matières calcaires de la salive et des aliments.

— La pulpe dentaire emplit la chambre dentaire creusée dans l'épaisseur de l'ivoire, et envoie des ramifications dans le fibres de Tomes. C'est la moelle nourricière et sensible de la dent.

Rapports de la dent avec la machoire :

La dent n'est pas enfoncée dans les maxillaires

comme un clou le serait dans un morceau de bois (Galien, A. Paré). Elle s'articule sur le maxillaire par le ligament alvéolo-dentaire qui laisse à la dent une certaine mobilité (Kolliket, Malassez). Ce ligament est constitué par deux groupes de fibres :

— Un ligament extrinsèque, circulaire ou cervical, qui sertit le collet de la dent, en dehors de l'alvéole. Au niveau des espaces proximaux, on voit souvent des faisceaux partir du collet d'une dent pour aboutir au collet de la voisine. Il existe ainsi un véritable sertissage des dents à leur collet.

— Un ligament intrinsèque ou alvéolaire qui relie la racine à son alvéole et qui comprend trois sortes de faisceaux : des faisceaux horizontaux allant de l'alvéole à la racine, des faisceaux obliques de bas en haut, des faisceaux obliques de haut en bas. Dans la partie moyenne de l'alvéole dominent les faisceaux horizontaux. Dans la partie apexienne, ce sont les faisceaux obliques. A ce niveau, il existe un espace conjonctif entre la racine et la dent, que l'on appelle espace apical ou espace alvéolo-dentaire. Dans cet espace, entre les faisceaux obliques, cheminent de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques et des nerfs.

L'articulation alvéolo-dentaire est organisée pour résister aux fortes pressions de la mastication. Dans les mouvements d'enfoncement de la dent, le tissu conjonctif de l'espace apical joue le rôle d'un coussinet amortisseur qui évite l'écrasement du pédicule dentaire. C'est probablement pour s'adapter aux nombreux chocs reçus par l'espace apical que ces vaisseaux décrivent de nombreuses flexuosités. Les faisceaux obliques limitent les diverses pressions ou les neutralisent, la direction de ces faisceaux étant sensiblement parallèle à la résultante des forces de mastication.

Nomenclature des dents de chien :

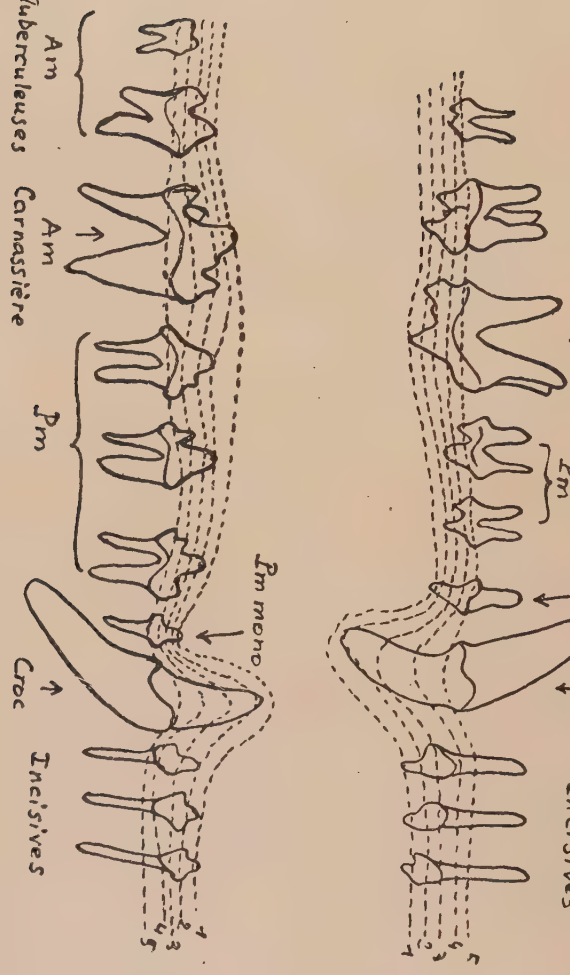
Dentition de lait ;	*i*	$\frac{3}{3}$	*c*	$\frac{1}{1}$	*pm*	$\frac{2}{3}$	*am*	$\frac{2}{1}$
Dentition d'adulte :	*i*	$\frac{3}{3}$	*c*	$\frac{1}{1}$	*pm*	$\frac{4}{4}$	*am*	$\frac{2}{3}$

Tels sont les diagrammes classiques, lesquels peuvent être sujets à des variations importantes selon les races. La disparition ou le surnombre des dents portent

surtout sur les arrière-molaires tuberculeuses.

Parmi les molaires, on reconnaît facilement, en arrière des crocs, les prémolaires monophysaires qui ne sont jamais remplacées, et plus en arrière les carnassières ; celle du haut est la dernière prémolaire, celle du bas par contre, constitue la première arrière-molaire et elle est pourvue en arrière d'un lobe tuberculeux ou talon qui fait défaut à la supérieure.

Le passage de la dentition de lait à la dentition adulte se fait environ du 4me au 7me mois de l'existence, selon un rythme qu'un auteur suisse, Bodingbauer, dont nous étudierons plus loin des travaux, a remarquablement mis en évidence par un habile schéma que nous croyons bon de reproduire.



Ligne 1 : éruption à la 15e semaine
— 2 : — 17e semaine
— 3 : — 19e semaine
— 4 : — 21e semaine
— 5 : — 23e semaine

I. - ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie

Le tartre :

Le tartre est le dépôt anormal et accidentel de sels calcaires en provenance de la salive et se formant autour du collet des dents.

Cette affection est presque toujours insoupçonnée du propriétaire de l'animal. C'est pourtant la moins cachée, la plus banale et la plus typique des maladies frappant les dents de nos chiens. Affirmer que seuls les très vieux chiens en sont victimes serait bien imprudent. Les observations ne nous ont pas manqué à l'Ecole. elle nous sont fournies par des animaux de tous âges. Nous avons vu en particulier un sujet de 9 mois qui présentait une gingivo-stomatite tartrique très avancée puisqu'elle avait déjà ébranlé plusieurs dents. Mais nous devons admettre que les chiens âgés sont particulièrement atteints, et c'est d'ailleurs chez eux que nous trouverons les lésions les plus caractéristiques.

Quoiqu'il en soit de l'âge, il est un point sur lequel tout le monde est d'accord : cette affection touche surtout les animaux sédentaires, vivant très près de l'homme, et alimentés d'une manière le plus souvent irrationnelle, avec des sucreries en particulier. Et dès qu'apparaît le tartre, il constitue une cause très prédisposante à un dépôt de plus en plus épais. Il est à remarquer que les chiens vivant à la campagne d'une vie très naturelle sont beaucoup plus rarement atteints. Le chien d'appartement paie son tribut à la bonne chère.

Il n'est pas difficile de découvrir l'affection ; il suffit de relever la lèvre supérieure de l'animal. Le tartre attaque les incivives, les prémolaires et surtout et d'abord, les canines. Les arrière-molaires jouissent

d'une immunité relative puisque les canaux salivaires débouchent en avant dans la gueule, et ce sont eux qui déversent, avec la salive, les sels terreux qui sont dédoublés et précipités sous forme de tartre. De plus, le rôle de mastication des arrière-molaires leur permet de se débarrasser rapidement des moindres dépôts.

D'ordinaire, le tartre se dépose d'abord sur le collet des crocs supérieurs, près de la gencive. Il constitue au début une légère couche limoneuse, brunâtre, vue dans presque toutes les bouches. Cette couche s'enlève facilement à l'ongle. Ce n'est qu'un premier stade, et bientôt cette matière s'indure, les sels calcaires se déposent lentemnt, couche par couche, jusqu'à former une masse pierreuse, rugueuse, coloriée de tonalités allant du gris-jaunâtre au brun-noirâtre, verdâtre, d'aspect franchement repoussant. Entre temps, les incisives et prémolaires ont été attaquées à leur tour, et la masse du tartre arrive à encapsuler plusieurs dents, simulant un pseudo-néaplasme pierreux. Le volume des dents paraît doublé. A ce stade, la gencive est attaquée plus ou moins violemment par les micro-organismes qui cultivent dans le tartre. Celui-ci s'insinue entre la dent et la gencive, pénètre dans l'alvéole dentaire qui s'enflamme, et la dent se déchausse : c'est l'arthrite que nous étudierons plus loin avec ses conséquences. La muqueuse gingivale est alors saignante et souvent ulcérée, l'haleine de l'animal franchement infecte ; le ptyalisme ne fait pas défaut ; l'inflammation peut gagner la muqueuse buccale, et nous avons alors tous les signes d'une gingivo-stomatite tartrique.

Il est curieux de constater que l'état général de l'animal reste bon très longtemps. Cependant, les désordres causés par ces lésions n'ont aucune tendance à régresser ; la préhension des aliments devient pénible, la mastication douloureuse. Si cette affection en soi n'est pas mortelle, elle prédispose néanmoins à de graves dyspepsies.

La carie dentaire :

C'est une affection microbienne de la dent. Procédant de la périphérie vers le centre, elle aboutit à une désintégration plus ou moins complète de la dent.

L'explication pathogénique de cette affection a varié avec le temps et les auteurs, et elle ne nous a pas encore révélé toutes ses inconnues. Chez l'homme, on

distingue des causes physiques, chimiques, parasitaires, microbiennes, etc... dont les interactions sont plus ou moins grandes. Chez nos carnivores domestiques, si l'on fait jouer un certain rôle à l'hérédité, au rachitisme, au mode de vie, c'est surtout au traumatisme par un corps étranger que l'on reconnaît le plus grand rôle ; celui-ci, lésant la cuticule de l'émail, favorise l'action du microbisme buccal.

Si la carie est fréquente chez l'homme, elle est rare chez le chien, et c'est un vieux chien de salon, nourri de sucreries, de race naine (pékinois notamment), qui en est surtout la victime.

La carie se développe de préférence sur les molaires, car la constitution anfractueuse de celles-ci favorise la culture microbienne.

On distingue chez l'homme quatre degrés dans la carie dentaire, selon la profondeur de l'altération. Chez nos chiens cette classification est superflue puisque aussi bien le traitement recommandé est toujours identique.

Tout d'abord, il apparaît un petit point terne, rugueux, brun, puis noir, de préférence sur la surface triturante de la molaire. (Sur les incisives, ce point apparaît ordinairement assez près du collet de la dent.) L'émail offre pendant quelque temps une résistance aux germes. Quand il est détruit, c'est au tour de l'ivoire d'être attaqué. Notons que l'émail ne se laisse attaquer qu'en un seul point ; au contraire, l'ivoire se décalcifie dans toute sa masse. De ce fait, il ne reste bientôt plus qu'une coque d'émail qui se brise tardivement. C'est la fracture de la couronne !

A un dernier degré, la pulpe dentaire elle-même peut être attaquée ; elle est l'objet d'une suppuration. C'est à ce moment surtout que l'odontalgie s'installe : elle est assez obscure chez nos animaux. Elle se manifeste principalement par un gêne dans la mastication. Le ptyalisme apparaît, l'haleine est fétide : c'est un mélange de l'odeur de carie, que tout le monde connaît, et de l'odeur dégagée par la fermentation alimentaire dans la cavité dentaire.

En fin d'évolution, tout l'ivoire et l'émail de la couronne étant détruits, il ne reste plus que la racine qui, le plus souvent, cesse d'être douloureuse et constitue ce que l'on nomme vulgairement un chicot.

La carie peut se compliquer d'arthrite, car l'infection de la pulpe gagne le ligament alvéolo-dentaire qui

suppure à son tour. La dent devient alors un corps étranger que l'organisme tend à éliminer.

Des fistules peuvent naître également de l'évolution d'une carie. L'inflammation, débordant l'alvéole, envahit l'os ; une tuméfaction se produit, allant de pair avec le creusement de trajets. A ce propos signalons que lors de fistule sous-orbitaire, l'extraction de la carnassière supérieure coupable révèle quelquefois des stigmates de carie sur cette dent. Pour cette raison, certains auteurs, dont REUL, ont voulu faire jouer à la carie un rôle déterminant dans la création de la fistule sous-orbitaire. De leur côté cependant, LABAT, MINGUET, DOUVILLE admettent que la carie est une conséquence de la stagnation du pus à ce niveau. Retenons, toutefois, que bon nombre de fistules sous-orbitaires cicatrisent après avulsion de la dent cariée correspondante.

L'ATHRITE ALVEOLO-DENTAIRE ET LE DÉCHAUSSEMENT :

Nous avons déjà vu brièvement comment était constituée l'articulation alvéolo-dentaire, et le rôle primordial du tissu conjonctif dans l'amortissement. Mais au cours d'une infection, ce tissu est malheureusement, de par sa situation, sa constitution anfractueuse et sa riche irrigation, un milieu favorable aux cultures microbiennes qui trouvent là un refuge presque inexpugnable.

L'arthrite se définit alors comme une inflammation du ligament articulaire, aiguë ou chronique, qui se complique souvent d'une suppuration amenant le déchaussement dentaire. A ce stade, on l'appelle également pyorrhée alvéolo-dentaire ou gingivite expulsive.

Comme pour le tartre, on remarque que cette affection atteint presque exclusivement les chiens âgés, les petites races dites « de salon » qui sont nourries de friandises. Elle est rare chez les animaux d'utilité. Les stomatologistes ne sont pas encore d'accord sur sa nature et ses causes intrinsèques, et il n'entre pas dans le cadre de notre ouvrage de paraphraser des théories difficiles à vérifier dans notre médecine. Disons simplement que l'arthrite suppurée peut être assimilée, du moins dans sa symptomatologie, à la pyorrhée de l'homme qui fait le désespoir du patient et de son dentiste.

Cette affection, comme entité d'origine endogène, est assez rare. Par contre, au titre des complications, elle est fréquemment observée ; nous pensons ici aux

arthrites d'origine tartreuse atteignant avec prédilection les incisives, canines et prémolaires, aux arthrites consécutives à la carie dentaire, à celles qui compliquent un traumatisme de mastication frappant avant tout les carnassières et s'extériorisant par la fameuse fistule sous-orbitaire que nous envisagerons plus loin. L'arthrite enfin, peut être due à l'implantation d'un corps étranger (débris d'os, arête) dans l'alvéole.

Nous sommes souvent appelés à découvrir cette affection seulement lorsqu'elle aura déjà exercé ses ravages, à l'état chronique ou suppuré. Alors, il sera facile de l'identifier. En effet, à ce stade, l'odeur fétide de la bouche, la salivation abondante et la difficulté de la mastication attirent l'attention.

Si l'arthrite est primitive, elle frappe indifféremment n'importe quelle dent. Celle-ci est nette de tartre, mais le plus souvent recouverte d'un liquide grisâtre, onctueux, qui baigne les racines. La dent est déchaussée, branlante, comme abandonnée par une gencive qui se dérobe, présentant les signes accusés d'une inflammation grave, mais rarement ulcérative. Les racines dentaires apparaissent et l'on peut quelquefois engager un stylet entre deux apex lorsqu'il s'agit d'une molaire. La douleur est assez intense et le sujet se défend vigoureusement quand on explore sa bouche. L'infection peut gagner insidieusement plusieurs dents et plus ou moins rapidement. Les dents, de plus en plus déchaussées et branlantes, se laissent très facilement extraire ou même tombent spontanément. L'état général des animaux reste bon ou à peine altéré, ceci grâce, sans doute, au phénomène d'extraction spontanée qui doit théoriquement mettre fin à l'affection.

Souvent, l'arthrite est due à l'implantation d'un débris d'os ; tous les stades de l'évolution, depuis la simple inflammation jusqu'à la suppuration et l'expulsion de la dent peuvent être observés.

L'arthrite est aussi fréquemment consécutive à l'infiltration de tartre dans l'articulation ; la lésion ne présente alors aucune particularité et évolue comme dans le cas précédent.

Enfin, la fistule sous-orbitaire complique souvent une arthrite suppurée de la carnassière supérieure ou de la première tuberculeuse : ces dents semblent pourtant indemnes, mais une pression exercée sur leur collet engendre de la douleur.

Les fistules sous-orbitaires d'origine dentaire :

Elles prennent leur place logique ici parce qu'elles sont toujours la complication d'une arthrite traumatique de la carnassière supérieure, plus rarement de la première tuberculeuse, arthrite se compliquant vite d'une suppuration qui tend à se faire jour au dehors.

Il n'est pas dans notre intention de faire une étude détaillée de cette affection déjà étudiée par G. Minguet (1943), Douville (1941). Mais, de par sa fréquence, nous ne pouvons la passer sous silence.

Le chien (et le chat chez lequel l'affection est en tous points comparable), en s'acharnant à broyer un corps dur : os, caillou, etc..., bénéficie d'un levier puissant mais non invulnérable, constitué par ses deux mâchoires où sont implantées les fortes molaires. Si la pression exercée sur ces dents est trop grande, une rupture du ligament alvéolo-dentaire peut se produire. Les simples ébranlements peuvent néanmoins provoquer la déchirure de quelques vaisseaux au niveau de la racine, et l'hémorragie consécutive nuit à la bonne nutrition de la pulpe, comprime vaisseaux et nerfs. Le tissu pulpaire peut alors se dévitaliser, et les germes qui filtrent en grand nombre le long des ligaments articulaires trouveront un terrain favorable à leur développement. La pulpite purulente déclarée, le pus arrive à l'apex, créant une arthrite ; il corrode ensuite la paroi osseuse, soit du sinus maxillaire s'il s'agit d'une racine interne de la molaire (il se produit alors une inflammation du sinus maxillaire), soit, le plus souvent, de l'os maxillaire lui-même s'il s'agit des racines externes de la carnassière ou de la racine antero-externe de la tuberculeuse. Le pus se retrouve alors en position sous-cutanée où il crée un abcès siégeant toujours, ou presque, sur la face, au-dessous et en avant de l'œil, à un ou deux centimètres de celui-ci, selon la conformation de la tête. Cet abcès a la grosseur d'une noisette ou d'une noix, formant une tuméfaction molle, fluctuante, peu sensible. La peau corrodée, le pus s'écoule et la tuméfaction diminue. Ce pus est sero-sanguinolent, et son écoulement permanent entretient la fistule. Le poil est agglutiné par des croûtes jaunâtres. Fréquemment, l'écoulement se tarit et la fistule s'obture : on croit alors à une guérison, mais au bout d'un temps très variable, l'abcès sous-cutané se reforme, ainsi que l'ulcère. L'évolution peut ainsi durer des mois et des mois sans ten-

dance à la guérison. Exceptionnellement, des complications de sinusite maxillaire peuvent se produire lorsque l'infection a gagné la racine interne de la molaire : un écoulement concomitant est alors observé par la narine correspondante. Le pus peut également se faire jour dans la cavité buccale en suintant le long des ligaments articulaires, en même temps qu'il s'écoule par la fistule.

L'état général du sujet est rarement atteint. Tout au plus remarque-t-on une difficulté de la mastication.

Avant de clore cette rubrique, disons un mot des fistules sous-orbitaires dont la genèse peut être imputée en grande partie à l'association fuso-spirochétienne. Spirochètes et bacilles fusiformes se trouvent à l'état normal dans la bouche de l'homme, et le plus souvent ils sont associés. Ils sont responsables de nombreuses affections (pourriture d'hôpital, angine de Vincent, Noma, ulcères phagédéniques, abcès et processus gangréneux divers, etc...).

Chez le chien, ces germes se retrouvent aussi fréquemment dans la salive, et ils engendrent des gingivites ulcéreuses souvent compliquées de gangrène locale, des stomatites, glossites, angines, broncho-pneumonies, etc..., et surtout, ce qui nous intéresse, des fistules dentaires.

Bonneau nous apprend que chez la moitié des chats et le quart des chiens présentant des fistules sous-orbitaires, il a relevé dans le pus la présence de fuso-spirochètes à côté des classiques coccies. Tout porte à croire, ainsi que l'indique l'auteur, que les bacilles fusiformes et les spirochètes, en permanence dans la salive saine, envahissent la lésion initiale (alvéolite, carie nécrose de la paroi alvéolaire à la suite d'un trauma) et s'y multiplient à grande échelle, provoquant la formation d'une fistule sous-orbitaire. Cette fistule a d'ailleurs les mêmes caractères que la fistule classique.

Hypoplasie de l'émail :

C'est une anomalie se caractérisant par une absence plus ou moins totale du revêtement d'émail ; elle existe chez l'homme et chez presque tous les animaux.

Chez l'homme, les principales causes d'hypoplasie sont : la syphilis héréditaire dans les derniers mois de la vie fœtale et les premiers mois de la vie utérine (hypoplasie des incisives, des canines et des premières

monophysaires dans leur bord libre) ; le rachitisme pendant les trois premières années de la vie (l'hypoplasie porte alors sur la partie haute des couronnes d'incisives, canines et premières monophysaires, sur la pointe des cuopides des prémolaires) ; les fièvres éruptives entre 3 et 7 ans (hypoplasie sur la partie haute de la couronne des prémolaires et sur la surface triturante des deuxièmes monophysaires).

Cette anomalie est assez peu étudiée dans notre médecine, mais elle mérite désormais une place de choix par sa fréquence et à cause de la confusion qu'elle entraîne souvent avec d'autres affections dentaires.

Les plus anciens écrits vétérinaires sont de Magistrat (1877). Depuis, Berge, Hauck, Jacob, Stang, Cohrs, Cocu, Aeter, s'intéressèrent à l'anomalie, sans toutefois en faire des études très détaillées. C'est à J. Bodingbauer, un vétérinaire suisse, que revient le mérite de faire une étude très approfondie de l'hypoplasie. Ses travaux ont été publiés en langue allemande dans les Archives Suisses de 1949.

Cet auteur distingue, à l'exemple de l'homme, trois degrés de l'anomalie, depuis la simple opacification de l'émail, jusqu'à son absence totale ou aplasie. Disons tout de suite que nous n'avons nous-même que très rarement constaté l'aplasie. Presque toujours, l'hypoplasie se présente sous forme de lésions ponctuelles en dépression dont les bords sont à pic et dont le fond est constitué par l'ivoire sous-jacent avec sa caractéristique coloration jaune-brunâtre : l'émail semble avoir été détruit à l'emporte-pièce. Ces petits cratères signant l'absence d'émail se voient très souvent sur les incisives et les canines, et l'on pense immédiatement à une carie dentaire. Il n'est pas rare, dans ce cas, de voir des molaires à aspect franchement jaunâtre, premier degré d'hypoplasie. Fréquemment, les lésions ponctuelles confluent pour former des plages plus ou moins étendues, des sillons ; à la dent hypoplasiée, il peut manquer un anneau d'émail près du collet, ou une calotte d'émail sur la surface triturante (lésions fréquentes sur les molaires). Ces zones hypoplasiées tranchent très nettement avec les zones saines portant un émail blanc laiteux caractéristique. Elles sont, fait important, presque toujours d'une symétrie rigoureuse d'une demi-mâchoire à l'autre. Enfin, toutes les dents peuvent être atteintes, sauf toutefois la prémolaire monophysaire qui,

dans nos observations, s'est toujours montrée réfractaire à l'anomalie, sans que nous comprenions pourquoi!

Bodingbauer, dans ses statistiques, admet que 2,5 % des chiens sont victimes de cette anomalie, avec une fréquence plus grande pour les mâles. A l'Ecole Vétérinaire de Toulouse, sur 250 chiens examinés, nous avons découvert 12 cas d'hypoplasie (6 mâles et 6 femelles), ce qui donne une moyenne de 4,80 %. Encore n'avons-nous relevé que les hypoplasies graves, sur des dents adultes, c'est-à-dire correspondant à la description que nous avons donnée plus haut. Bodingbauer, par contre, s'est attaché à reconnaître l'anomalie à ses trois degrés et sur les deux dentitions. Ainsi donc, l'hypoplasie nous est-elle apparue beaucoup plus fréquemment qu'à l'auteur suisse.

Quelle est la genèse de cette anomalie ? Un rappel embryologique situera le sujet. L'ivoire est formé par une papille conjonctive sur laquelle se greffent les odontoblastes qui sont capables de régénération durant toute la vie. Les cémentoblastes jouissent de la même faveur. L'émail, lui, est formé par l'organe adamantin, bourgeon épithélial d'origine ectodermique, qui coiffe le germe de l'ivoire, et dont les ganoblastes disparaissent à jamais lorsque leur fonction est achevée. C'est ce qui explique l'irréversibilité de l'hypoplasie de l'émail. Le germe adamantin est donc le berceau de l'émail, et sa fragilité, son existence éphémère, font que le moindre outrage porté à son intégrité causera l'anomalie si caractéristique.

C'est à la recherche de ces outrages que Bodingbauer a consacré ses travaux et son article illustré par des photographies représentant des coupes histologiques, des radiographies des dents hypoplasiées appartenant à des jeunes chiens morts de la maladie du jeune âge. Elles sont évidemment très concluantes : il y a un œdème plus ou moins accusé dans le bourgeon dentaire ; une disposition anarchique des cellules de l'organe adamantin qui serait due à la pression du transudat ; des désordres circulatoires (ectasie, hyperhémie des vaisseaux).

A quelle cause rapporter ces lésions ? Bodingbauer, s'il admet le rôle fortuit du rachitisme (qui en pathologie humaine joue un rôle déterminant) attribue au virus de Carré la responsabilité de l'anomalie. La maladie du jeune âge serait, d'après lui, le

grande coupable. Les ganoblastes, lésés dans leur architecture, fabriquent un émail de moindre valeur et les prismes d'émail ainsi formés sont mal calcifiés par suite d'une perturbation dans les échanges minéraux.

La gravité de l'hypoplasie tient à la durée de l'influence causant le dommage et non au degré de celle-ci. Bodingbauer appuie sa théorie sur de nombreuses observations, et le graphique qu'il a composé sur l'éruption des dents adultes permet de reconnaître, sur les chiens à hypoplasie, le moment et la durée de la maladie de Carre dont ils ont souffert.

Nous nous sommes attachés, à l'Ecole Vétérinaire, à contrôler les dires de l'auteur suisse. Sur les douze observations recueillies :

— 4 animaux avaient été atteints de la maladie de Carre ;

— 6 n'en avaient pas présenté les symptômes ;

— 2 dont l'origine est inconnue, ne nous fournirent aucun renseignement.

Sur les 4 premiers sujets (tous 4 des mâles), trois présentaient ou avaient présenté une forme nerveuse de la maladie de Carre, et le dernier, une forme oculaire et cutanée qui, traitée, fut rapidement enrayée ; il présentait en outre un léger rachitisme.

Observation I. — Berger allemand, 5 mois, à Mme Fallent, Toulouse. Ce chien nous est présenté pour forme nerveuse de la maladie du jeune âge. Depuis un mois, il geint la nuit et depuis quelques jours des myoclonies sont apparues au membres antérieur droit. Son état étant jugé désespéré, l'on décide la sacrification.

La dentition de l'animal présente une hypoplasie typique. Toutes les dents, sauf les incisives centrales et mitoyennes ainsi que les prémolaires monophysaires, sont atteintes à des degrés divers. Petites cupules sur les coins et les crocs supérieurs ; anneaux sur le croc inférieur (celui-ci paraissant étranglé dans sa partie moyenne) et sur la carnassière inférieure ; les cuspides des prémolaires sont privés d'émail. Ces lésions, après confrontation avec le graphique de Bodingbauer, sont contemporaines de la maladie.

Après sacrification de l'animal, nous conservons sa tête dont nous prenons 4 clichés radiographiques qui ne nous révèlent rien d'anormal dans les racines den-

taires. a tête, bouillie et décharnée, nous reprenons des clichés et nous notons seulement une légère décalcification des mâchoires et des dents.

Observation II. — Braque 10 mois, à M. Saint-Antonin, Toulouse. Ce chien nous est présenté pour hypoplasie de l'émail atteignant toutes les dents sauf les prémolaires monophysaires, les pinces et les mitoyennes inférieures. Alors que les arrière-molaires présentent seulement des bandes jaunâtres, les cuspides des prémolaires sont dépourvus d'émail, les crocs sont annelés ainsi que les incisives. Nous prenons les renseignements d'usage, et le propriétaire nous apprend qu'à l'âge de 3 mois 1/2 son animal avait présenté une conjonctivite et des pustules cutanées attribuées à la maladie de Carré. Traité aussitôt, le chien avait été guéri. Nous remarquons en outre que le sujet est très légèrement rachitique (torsion des membres, prémolaire monophysaire inférieure un peu retardée dans son éruption). Quoiqu'il en soit, les lésions d'hypoplasie ont apparu en même temps que la maladie du jeune âge.

Sur les deux autres animaux à hypoplasie, les lésions sont également contemporaines de la maladie. En outre, il faut remarquer que ces 4 sujets ont été frappés dans leurs tissus d'origine ectodermique (système nerveux, œil, peau) ; or, nous savons que le germe de l'émail est lui-même d'origine ectodermique, et qu'actuellement l'on assiste à une grave recrudescence des formes nerveuses, oculaires et cutanées de la maladie de Carré, en même temps qu'à l'éclosion de nombreux cas d'hypoplasie. L'induction semble toute naturelle et nous serions tenté de nous associer aux vues de Bodingbauer si de trop nombreuses exceptions ne venaient infirmer son hypothèse. En effet, nous avons vu des animaux à hypoplasie d'émail extrêmement sévère, lesquels n'avaient jamais présenté de maladie du jeune âge. Parmi les plus caractéristiques, nous citerons 2 cas :

Observation III. — Griffon mâle de 2 ans, à Mme C.... Toulouse. Hypoplasie très importante atteignant toutes les dents sauf les prémolaires monophysaires. La dentition jaunâtre et d'apparence frêle donne à la bouche un aspect répugnant. Seuls, les cuspides sont coiffés

d'émail. L'animal n'a jamais été malade.

Observation IV. — Chienne épagneul breton, 6 mois, à M. Lar..., chirurgien-dentiste à St-Jean-Pied de-Port (B.-P.). Cette chienne est amenée à l'Ecole et hospitalisée pour traitement d'un rachitisme accentué ayant causé des atres diverses : boîterie de l'antérieur droit par déformation du membre, articulations carpiennes hypertrophiées, chapelet costal, prognathisme inférieur. Les incisives sont presque complètement dépourvues d'émail et apparaissent jaunâtres, diminuées de volume. Les canines portent de larges plages confluantes d'hypoplasie. Quant aux molaires déjà sorties, elles sont frappées d'aplasie totale et apparaissent entièrement jaunâtres. Renseignements pris, l'animal n'avait pas jusque-là présenté les symptômes d'une maladie du jeune âge.

Il faut donc convenir que d'autres causes président à l'établissement de l'anomalie. Comment ne pas retenir l'influence du rachitisme qui fournit chez l'homme des cas typiques d'hypoplasie ! Il est difficile d'écarter l'idée que la vitamine D ne joue pas un rôle à préciser dans la nutrition de la dent. Il en est de même de la vitamine A qui est la vitamine des tissus ectodermiques et en particulier, semble-t-il, des parties de la dent qui en sont issues. La vitamine C serait celle de la pulpe dentaire. Ces trois éléments semblent avoir une interaction nutritive favorable au développement de la dent si l'infection n'entrave pas ce jeu et si le régime est équilibré.

On pourrait aussi invoquer le traumatisme du germe dentaire. Le dentiste réserve toujours son pronostic en présence d'un traumatisme accidentel de la mâchoire chez un enfant : c'est qu'en effet la seconde dentition est fréquemment défectueuse par la suite. N'est-il pas possible d'admettre que nos jeunes animaux (qui broient des os ou mordent des cailloux) seraient sujets à de tels accidents ? Cette conjoncture serait toutefois assez rare, car la symétrie lésionnelle qui est la chose courante en matière d'hypoplasie, semble bien indiquer que nous sommes en présence de phénomènes internes.

Enfin, certains auteurs prétendent que l'édification de l'émail se ferait normalement, mais que par suite d'insuffisance calcique, il y aurait perte de cet émail.

Ce ne serait plus alors une « hypoplasie » à proprement parler, mais finalement on aboutirait aux mêmes lésions.

En conclusion, nous voyons ce que l'hypothèse de Bodingbauer a de trop absolu. Rapporter tous les cas d'hypoplasie à la maladie d Carré nous paraît exagéré. Nous n'excluons pas cependant l'éventualité d'une forme fruste de maladie du jeune âge se trahissant par la seule hypoplasie. Il se peut que l'animal, en contact avec le virus de Carré pendant un temps très court, ne manifeste aucun symptôme morbide : le virus vivrait électivement au niveau du germe dentaire et l'hypoplasie s'installerait sans bruit. Nous pourrions alors parler d'une « forme dentaire de la maladie de Carré » !

Mais en l'état actuel de nos connaissances, nous nous garderons bien d'affirmer quoi que ce soit car bien des inconnues subsistent en ce domaine, et tout d'abord, nous connaissons mal l'ultra-virus de Carré.

DIAGNOSTIC

Tartre :

Le diagnostic en est très facile. Souvenons-nous de sa grande fréquence sur les chiens âgés vivant dans les villes. Les signes cliniques sont univoques. En soulevant la lèvre supérieure, on voit très bien le dépôt calcaire recouvrant les crocs ; ce dépôt est gris sale, portant quelquefois des filets jaunâtres ou bleuâtres. Ce sont surtout les canines, puis les incisives et les prémolaires qui sont atteintes, et d'abord à la mâchoire supérieure.

La gingivite, l'arthrite alvéolo-dentaire sont faciles à identifier et leur existence doit alors être imputée au tartre.

Carie :

L'identification en est facile. L'attention est attirée le plus souvent lorsque se manifestent les troubles fonctionnels, c'est-à-dire lorsque la lésion a déjà un certain âge (inappétence, ptyalisme, haleine fétide).

A l'ouverture de la bouche, si la carie a attaqué les incisives, on voit des lésions près du collet sous forme de petites taches brunes, arrondies, se creusant peu à peu. Mais c'est surtout sur les molaires que siège la carie ; quelquefois sur la face labiale des couronnes, le plus souvent sur la face triturante qui apparaît creusée d'une excavation noirâtre. Les lésions seront mieux découvertes si l'on éclaire la denture à l'aide d'une lampe frontale et des classiques miroirs. L'exploration de la dent malade avec une sonde, la simple pression exercée avec un doigt entraînent une réaction de défense de l'animal.

Si la lésion est compliquée d'arthrite, la dent sera déchaussée et souvent aussi la gencive enflammée.

Enfin, les abcès, fistules, kystes, nécroses, ostéo-

phlegmons des maxillaires, les adénites et en général toutes les réactions inflammatoires de la région faciale devraient faire soupçonner une carie dentaire primitive et amener un examen buccal méthodique.

ARTHRITE :

L'étude des symptômes nous a suffisamment éclairé sur les éléments du diagnostic de l'affection.

Haleine fétide, mastication pénible, inappétence, ptyalisme nous amènent à explorer la bouche de l'animal. Nous constatons alors le déchaussement des dents que nous pouvons rapporter à la présence du tartre, de la carie, d'un corps étranger enclavé entre la dent et l'alvéole (débris d'os), d'une suppuration de l'alvéole d'origine interne.

Le pus, qu'en général on fait sourdre à la pression, fait songer à la pyorrhée. L'exploration est toujours douloureuse et la gencive souvent tuméfiée, enflammée, ulcérée, saigne après les manœuvres d'investigation.

FISTULE SOUS-ORBITAIRE :

Le diagnostic est assez difficile lorsqu'on est consulté avant l'apparition de l'écoulement. La localisation de la tuméfaction devra faire suspecter son origine dentaire. Il faut ouvrir l'abcès et sonder la plaie ainsi pratiquée.

Le diagnostic est très simple lorsque la fistule est créée : cette lésion est quasi-pathognomonique. Pour confirmer, l'on peut sonder la fistule à l'aide d'un très fin stylet ; cette opération est très douloureuse. D'autre part, l'examen de la dent révèle bien souvent la carie responsable de la fistule. Faute de pouvoir mettre cette lésion en évidence, en exerçant une pression sur la dent suspectée, l'on éveille également la douleurs ; de même lorsqu'on comprime l'os maxillaire.

HYPOPLASIE DE L'ÉMAIL :

Le diagnostic en est très facile. Les zones où l'émail est absent sont de coloration jaunâtre, brunâtre, en dépressions plus ou moins confluantes. Tous les stades peuvent être observés, depuis la simple plage jusqu'à l'anneau complet autour de la couronne. Le diagnostic sera confirmé par la tendance très nette à la symétrie des lésions d'un côté à l'autre.

Si l'on pense à la théorie étiologique de BODINGBAUER, la confrontation des lésions avec le tableau d'éruption dentaire permet de préciser la date à laquelle l'animal aurait présenté des symptômes de maladie de Carré.

DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL

Tartre :

C'est une affection absolument univoque d'aspect. Le dépôt calcaire, formant une gangue à la dent, n'est susceptible de confusion avec aucune autre affection. On la confond souvent avec la carie, pourtant rare, et dont les lésions, au lieu de constituer un dépôt, sont toujours en dépression. La confusion paraît tenir à ce que les dents cariées sont souvent recouvertes de tartre.

Carie :

Elle est souvent confondue avec les lésions d'hypoplasie de l'émail par les profanes ; celle-ci est plus fréquente et un simple examen suffit à différencier les deux affections.

La carie frappe surtout les molaires des vieux sujets ; elle progresse inéluctablement et cause des troubles fonctionnels ; le sondage des lésions éveille une douleur.

L'hypoplasie de l'émail, par contre, s'installe sur n'importe quelle dent durant son éruption ; elle reste stationnaire pendant toute la vie de l'animal ; la symétrie des lésions semble de règle. Aucune douleur et aucun trouble fonctionnel ne sont enregistrés.

Enfin, on a vu plus haut pourquoi l'on ne peut confondre carie et tartre.

Arthrite :

Elle est facilement reconnaissable lorsque le déchaussement est amorcé. Cependant, au début de l'affection. la gingivite qu'elle engendre pourrait être qualifiée de banale. Disons que la gingivite pourra être rapportée à l'arthrite alvéolaire quand elle sera étroitement localisée à la muqueuse entourant le collet et

quand les pressions exercées au niveau des dents détermineront de la douleur.

Au stade du déchaussement, il faut éliminer le scorbut. Celui-ci frappe surtout les animaux de moins de un an et se manifeste par des localisations très nettes : les gencives sont violettes, se ramollissent, se tuméfient, s'ulcèrent ; les dents se déchaussent et tombent. On remarque des ecchymoses sur la peau, des hémorragies sur les muqueuses. En outre, l'état général est très atteint (amaigrissement, faiblesse, diarrhée permanente, cachexie) et la mort peut survenir en moins d'un mois Outre ces particularités symptômatiques, il convient de souligner la rareté de cette carence chez les carnivores domestiques.

Fistule sous-orbitaire :

La tuberculose ganglionnaire peut être à l'origine d'une fistule faciale rappelant tout à fait la fistule sous-orbitaire d'origine dentaire. Disons cependant que la confusion peut être évitée car, malgré une évolution semblable et rebelle au traitement, la fistule tuberculeuse apparaît presque toujours en région cervico-pharyngienne (tuberculose du ganglion rétro-maxillaire). De plus, les symptômes généraux sont plus graves. Enfin, si le moindre doute subsistait, l'examen microscopique du pus révèlerait la présence de nombreux bacilles de Koch ; ce pus est, d'autre part, grisâtre, alors qu'il est le plus souvent séro-sanguinolent lorsqu'il est d'origine dentaire. La tuberculination doit, en tout cas, lever les doutes.

Hypoplasie de l'émail :

Comme c'est une anomalie très mal connue actuellement, on n'y songe presque jamais et l'on parle presque toujours de carie. Nous avons vu à propos de celle-ci quels sont les éléments du diagnostic différentiel. Répétons encore que l'hypoplasie est plus fréquente, que ses lésions sont en général plus étendues et qu'elles se découvrent au fur et à mesure de l'éruption dentaire

PRONOSTIC

TARTRE :

Affection bénigne à son début car l'enduit crayeux est facilement enlevé, elle devient assez grave plus tard chez les vieux chiens. En effet, abandonné à lui-même, le tartre n'a aucune tendance à disparaître. Bien au contraire, le dépôt est de plus en plus abondant et finit par former une carapace crayeuse aux dents antérieures. Il engendre des complications de gingivo-stomatite d'odeur fétide, de carie, d'arthrite. Si la vie de l'animal n'est pas en danger, l'état général peut néanmoins s'en ressentir très sensiblement, à la longue, car le chien ne peut plus s'alimenter correctement. Enfin, il faut songer à la dépréciation extraordinaire dont sont l'objet les animaux présentés à des concours.

CARIE :

Le pronostic est bénin si l'on opère immédiatement l'animal. L'extraction de la dent amène la fin de l'affection sans que l'absence d'une dent ait le temps d'amener des répercussions graves. Nous verrons qu'il est possible d'ailleurs, de traiter plus élégamment cette affection.

Par contre, si l'on diffère l'intervention, les complications nombreuses que nous avons envisagées peuvent intervenir, car une fois installée, la carie dentaire ne s'arrête plus dans son œuvre destructive.

ARTHRITE :

Le pronostic est variable suivant la nature de l'affection. Si l'on a affaire à une pyorrhée, il est grave car l'extraction, très souvent, ne résoud pas la maladie (elle amène d'autre part un regrettable délabrement de la bouche) et il faudra rechercher et traiter la cause

endogène, ce qui complique singulièrement le problème. Nous verrons en effet que le traitement de la pyorrhée est loin d'être toujours satisfaisant.

Par contre, si l'arthrite provient d'un traumatisme (luxation), de la présence de tartre, de carie, etc..., elle n'atteint en général qu'une seule dent et le pronostic sera moins grave en ce sens que le traitement sera beaucoup plus efficace, l'étiologie nous étant connue.

Dans tous les cas, si le pus se forme en grande quantité, il représente un danger pour l'organisme, qu'il s'agisse de réensemencement direct au niveau des lésions pyorrhéiques, de résorption toxique ou de pyophagie.

Fistule sous-orbitaire :

Lorsque le diagnostic est porté avec précision, le pronostic apparaît généralement favorable, car l'extraction de la molaire en cause amène une guérison habituellement rapide.

Hypoplasie de l'émail :

Ce qui nous intéresse surtout, c'est de savoir si ces dents, privées en partie de leur revêtement d'émail, ne soit pas particulièrement exposées à la carie dentaire ! Or, aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'observation clinique nous montre que cette anomalie ne prédispose pas spécialement à la carie. La dent hypoplasiée semble aussi résistante à l'infection que la dent saine !

Par contre, une hypoplasie grave peut amener une rupture spontanée de la dent. S'il s'agit du croc d'un chien utilitaire, le dommage peut être gênant pour l'emploi auquel on le destine.

Enfin, la dépréciation esthétique est indéniable.

II. — ETUDE THERAPEUTIQUE

PROPHYLAXIE

TARTRE :

Disons tout de suite qu'elle n'est jamais mise en œuvre. Cependant, si elle doit être instituée, elle sera uniquement hygiénique. L'hygiène de l'alimentation est illusoire, non pas dans ses effets, mais bien dans son application car nous avons vu que l'apparition du tartre était avant tout inhérente au mode de vie des animaux. On donnera donc aux « toutous » d'appartement une alimentation variée d'où l'excédent de sucrerie sera banni, ceci pour le plus grand bien de l'organisme tout entier.

L'hygiène buccale est de première importance ; loin de nous, l'idée de prescrire, tel ou tel dentifrice en vogue. Il n'est que de veiller à la propreté de la dentition. Chez les chiens prédisposés, l'apparition du moindre dépôt tartreux pourra justifier l'emploi d'un décapant tel que celui-ci, que nous propose le professeur DOUVILLE :

Borate de soude	10 gr.
Chlorate de potassium	30 gr.
Carbonate de calcium	30 gr.
Carbon. de magnésium	30 gr.
Menthol (facultatif) ..	0 gr. 30

Ce mélange saupoudré sur un linge rugueux, on en frottera énergiquement les couronnes.

On peut également employer une solution de ClH au 1/100, imbibant un linge. L'acide dissout facilement les légers dépôts.

CARIE :

Nous avons vu que la carie était, chez le chien, le plus souvent d'origine traumatique. Autant dire que

toute prophylaxie est illusoire. Cependant, pour enlever à l'affection quelques occasions de s'installer, on aura intérêt à prévenir le rachitisme et à suivre les règles d'une bonne hygiène alimentaire et buccale. On peut en outre éviter les traumatismes dans une certaine mesure ,et pour cela, ne pas prendre la mauvaise habitude d'exercer les jeunes chiens à rapporter des cailloux.

ARTHRITE :

La prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire consistera à traiter toutes les infections en général et en particulier les infections à entérocoques, streptocoques, colibacilles dont le rôle est fortement soupçonné dans la génèse de la pyorrhée. Tartre, carie seront décelés et soignés précocement.

Une alimentation rationnelle, une bonne hygiène buccale, un examen périodique des dents constituent d'excellentes précautions à ne pas négliger.

HYPOPLASIE :

L'origine de l'anomalie étant fort obscure, la prophylaxie ne sera problématique. Elle ne peut être envisagée que pendant la période de formation et d'éruption des dents, c'est-à-dire pendant les huit premiers mois de la vie. Des radiographies prises à l'Ecole sur des mâchoires atteintes, nous ont montré une décalcification très nette des dents hypoplasiées. Le régime anti-rachitique classique sera donc toujours indiqué pour essayer de minéraliser le tissu dentaire chez les jeunes chiens prédisposés au rachitisme et exposés à la maladie du jeune âge.

BODINGBAUER recommande l'injection parentérale d'extraits d'os de veau embryonnaire aux doses suivantes :

Chiens petits et moyens .. 1 cc.
Gros chiens ..... 2 cc.

tous les jours à raison de 4 à 8 injections au total. Il recommande tout spécialement l'injection sous-muqueuse poussée lentement avec la solution préalablement chauffée. L'injection peut aussi se faire par voie intramusculaire. BODINGBAUER propose également d'administrer trois fois par jour 2 à 4 tablettes de ces extraits qui seraient prises très volontiers par l'animal.

Après l'âge de 8 mois où les dents adultes ont terminé leur éruption, on n'a plus à craindre l'hypoplasie de l'émail ; toutes précautions sont dès lors superflues

TRAITEMENT

Tartre :

A cause des complications auxquelles il prédispose, à cause de l'odeur fétide qu'il engendre et qui incommode l'entourage, le tartre demande à être traité rapidement et énergiquement. Le traitement chirurgical est le seul rationnel : il faut enlever hâtivement ces concrétions. A cet effet, point n'est besoin de posséder un outillage spécial ; la curette est un instrument de choix, mais un grattoir, une rénette usée peuvent la remplacer. A l'aide de l'un de ces instruments, on grattera la dent de sa base vers son extrémité triturante ; on prendra la précaution de faire contre-appui sur la dent pour ne pas aggraver sa mobilité ou la luxer. De cette façon, le tartre saute assez facilement par petits éclats. Il est recommandé de décaper entièrement la dent car la moindre parcelle de tartre restant constitue un centre d'appel pour de nouveaux dépôts. On complète le grattage par le brossage à l'eau oxygénée.

Si l'affection évolue sur de nombreuses dents, il est préférable de pratiquer l'intervention en plusieurs séances espacées de trois ou quatre jours. Il faut à tout prix éviter de faire saigner la gencive en manœuvrant avec précautions. Si le tartre pénètre dans l'articulation alvéolo-dentaire, il sera difficile de l'en déloger sans léser la muqueuse gingivale et sans provoquer une vive réaction de l'animal ; c'est pourquoi l'on se trouvera bien d'insensibiliser le bord gingival avec un coton imbibé d'une solution de cocaïne ou de novocaïne adrénalisée, après avoir badigeonné avec de l'alcool iodé. Cette légère anesthésie locale permettra un facile refoulement de la gencive qui laissera le tartre à nu.

Les dents branlantes seront extraites à la pince sans difficulté. La légère hémorragie qui suivra s'arrêtera spontanément.

Dans tous les cas, après ces interventions, l'on badigeonnera les gencives avec un collutoire qui jouera le rôle d'antiseptique, d'antiphlogistique et surtout de désodorisant.

Certains animaux présentent un tartre tellement généralisé, ébranlant la presque totalité des dents atteintes, qu'il serait vain de tenter le moindre curettage. Chez eux il ne faudra donc songer qu'à lutter contre la fétidité buccale insupportable, et l'on y parviendra facilement par l'emploi des collutoires. Ceux-ci sont très variés et plus ou moins élégants : nous en citerons plusieurs au chapitre de l'arthrite.

Enfin, il ne faut pas oublier que chez tous ces animaux, la mastication est douloureuse et qu'ils se trouveront bien d'une alimentation molle.

Carie :

Dans notre médecine, un bon traitement est avant tout un traitement économique. Quand il est à la fois radical, il mérite tous les éloges. C'est pourquoi, dans le cas de carie, il doit être exclusivement chirurgical : l'extraction de la dent ne doit pas être différée, mais opérée immédiatement. Après l'extraction, à l'aide d'une poire, on lavera le fond de l'alvéole avec une solution antiseptique tiède (eau oxygénée, permanganate de K).

Si par hasard, le propriétaire insiste pour qu'on traite la dent de son animal, nous pouvons tenter l'obturation de celle-ci, mais nous devons savoir que cette intervention ne peut se justifier que si la lésion est petite et si les tissus vivants de la dent ne sont pas atteints. A l'aide de la fraise, il faut alors enlever la partie cariée de la dent de manière à ne conserver que la partie saine. Après désinfection à l'alcool (ou à l'ozone ainsi que le préconisent certains auteurs), sécher la cavité avec la poire à air chaud, et obturer. Parmi toutes les matières obturantes, Samandaroff nous conseille l'emploi du ciment composé d'oxyphosphate de zinc dissous dans l'acide méatphosphorique qui présente les avantages de n'exercer aucune action sur la partie vivante de la dent, d'adhérer aux parois de la cavité et de durcir presque instantanément.

Par contre, il n'est pas très solide, et, à l'exemple de la dentisterie humaine, nous pourrions employer l'amalgame qui est un alliage d'Ag, Sn, Zn et Hg, dans lequel Ag serait remplacé par Cu, économique et antiseptique à la fois.

Arthrite :

Le traitement de l'arthrite est variable et plus ou moins difficile selon les causes. Il gagne toujours à être précoce.

Si l'affection est provoquée par l'implantation d'un corps étranger dans l'alvéole, on se hâtera de retirer celui-ci et de désinfecter la muqueuse.

On agira de la même façon avec le tartre.

S'il y a carie primitive, on peut traiter la dent atteinte, ou mieux, l'extraire.

Dans tous les cas, le traitement de l'arthrite est, nous le voyons, relativement aisé et efficace. Il n'en va plus de même lorsqu'on a affaire à une poly-arthrite d'origine intrinsèque.

Lorsque l'arthrite est aiguë, on peut encore escompter une guérison spontanée que l'on hâte par des soins d'hygiène buccale.

Par contre, lorsqu'elle est chronique et suppurée, le traitement est très aléatoire. Les dentistes de l'homme n'ont encore rien trouvé d'absolument efficace pour guérir cette pyorrhée dont l'étiologie est si obscure. Aussi doivent-ils se contenter de traitements symptômatiques et palliatifs qui sont en général extrêmement longs et coûteux.

De récents travaux tendent à démontrer que la pyorrhée ne sera la plupart du temps, que l'expression d'un état infectieux aigu ou chronique. C'est ainsi que le rhumatisme serait très souvent le fils de la pyorrhée dentaire, et les américains, fondés sur cette hypothèse, édentèrent de trop nombreux rhumatisants. En France, on resta heureusement plus réservé : nos chercheurs, contrairement aux auteurs d'outre-Atlantique, s'appliquent actuellement à attirer l'attention sur le rôle de focalité qu'il convient de reconnaître à l'appareil digestif et notamment à l'intestin, et à démontrer également que ces états infectieux à manifestations gastro-intestinales précèdent presque toujours la pyorrhée, mais à l'état latent, jusqu'au jour où les entérocoques, streptocoques, qui sont le plus souvent en cause, passent à l'attaque et provoquent des troubles alarmants.

Il est inutile de souligner l'extrême importance de ces recherches ; la constatation de pyorrhée amènerait tout naturellement la recherche de l'infection causale. En ce sens, les différentes spécialités de la médecine humaine manquent fatalement de contact, ce qui n'au-

torise pas toujours à relier une infection focale primitive à l'infection grave consécutive. Les médecins de l'homme le déplorent. Nous avons, en médecine vétérinaire, le privilège d'être médecins, dentistes et pharmaciens de nos animaux, et il serait possible de vérifier si ces théories, valables pour l'homme, le sont également pour les animaux et particulièrement pour le chien dont la pathologie est si voisine de la pathologie humaine. En tout cas, cette étude ne manquerait pas d'intérêt !

En l'état actuel de nos connaissances, notre action thérapeutique vétérinaire consistera à tarir l'infection alvéolaire et à lutter contre la fétidité buccale insupportable.

Contre cette dernière, on emploi des irrigations buccales avec la solution de Dakin, ou une solution de chlorate de potassium à 4/100, d'eau oxygénée au tiers, de permanganate de potassium à 1 pour 4.000, et par l'usage de nombreux collutoires en applications alternées sur la gencive. A côté des classiques et excellents bleu de méthylène et teinture d'iode, qui ont cependant l'inconvénient de tacher, l'on peut retenir les collutoires incolores tels que les préparations à base de novarsénobenzol :

Novarsénobenzol	0 gr. 50
Résorcine	0 gr. 50
Glycérine	3 gr.
Eau distillée	7 gr.

d'acide borique :

Acide borique	10 gr.
Glycérine	45 gr.
Eau distillée	5 gr.

de rubiazol, d'un mélange d'alcool, thymol et naphtol au 1/20^{me}.

Tarir l'infection alvéolaire est le plus difficile problème. Quelle que soit l'origine de la suppuration, si les dents malades ne sont pas en trop grand nombre et si elles sont par trop mobiles, l'extraction suivie de la désinfection, est le meilleur remède.

Dans le cas contraire, il faut absolument évacuer le pus : on y parvient par deux moyens. Le premier, le moins efficace, consiste, après irrigation antiseptique de la bouche, à masser la gencive : les gouttelettes de pus sourdent au colet, et l'on désinfecte ensuite le décollement ou clapier.

Le second, plus délicat mais plus radical, consiste

à supprimer le clapier par la gingivectomie, qui met à nu les racines dentaires et permet une désinfection beaucoup plus complète : à cet effet, bistouri électrique et thermocautère sont les instruments habituels dans les mains du dentiste.

A côté de ce procédé, délicat à employer sur le chien, l'application de liqueurs caustiques en badigeonnage sur les rebords gingivaux apparaît plus facile, elle est, de plus, d'un bon effet. Sur l'homme, la préférence va, soit à l'acide trichloracétique, soit à l'acide chromique, en dilutions un peu concentrées au 1/10^{me}. L'on peut employer de la même manière les solutions de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc.

Ces produits ont pour but de provoquer une sclérose progressive de sertissage gingival, laquelle consolidera l'implantation dentaire et, en diminuant la circulation, constituera un mauvais milieu de culture pour les microbes.

Enfin, bien commodes seraient pour nous les traitements généraux à la vitamine C (en injections intramusculaires ou intraveineuses) systématiquement utilisées en médecine humaine. Et l'avenir nous dira si nous devons ajouter à notre arsenal thérapeutique la pommade radio-active en massages gingivaux suivis d'une séance de rayons ultra-violets ; cette méthode, préconisée par le Hongrois Albis, semblerait digne de la confiance que les Américains, à défaut des français, veulent bien lui faire, puisqu'elle aurait déjà donné de spectaculaires résultats !

Fistule sous-orbitaire :

Tous les traitements symptomatiques utilisés contre les fistules elles-mêmes (cautérisations, injections antiseptiques, etc...) sont suivies d'un échec total, quelle qu'en soit la durée ! Par contre, l'extraction de la molaire coupable amène habituellement une guérison définitive en moins de 15 jours !

L'extraction sera donc faite comme il a été dit plus haut. La masse dentaire doit se montrer avec ses trois racines : celle qui était en cause est généralement plus courte et érodée. Si une partie de la racine fracturée reste en place, il est absolument indispensable de l'extraire sous peine de voir se maintenir la suppuration et la fistulisation. A cet effet, Douville conseille l'utilisation d'une « mèche anglaise », montée sur une drille

ou un petit vilbrequin, introduit par l'orifice sous-orbitaire et guidée par le sondage au stylet. De cette façon, l'auteur parviendrait assez aisément à vider l'alvéole.

L'extraction terminée, le trajet fistuleux sera détergé au sérum physiologique, ou bien à l'eau oxygénée, l'eau permanganatée à 2 pour 1000, à l'aide d'une seringue dont on fait pénétrer l'embout dans l'orifice supérieure. L'alvéole ne doit pas se combler avant le quatrième jour pour que le drainage soit suffisant. La guérison est ensuite assurée rapidement, sans autres soins.

Hypoplasie :

Le traitement est inexistant : on ne peut évidemment remplacer l'émail absent. Bodingbauer conseille, pour masquer le vilain aspect des dents, de polir prudemment celles-ci avec une petite pierre ponce. Si l'on est outillé, on peut polir ces dents sur une pointe montée abrasive en carborandum. Cette intervention aurait de plus l'avantage d'éviter le dépôt de matières alimentaires dans les cupules ou les sillons, dépôt favorable à la fermentation microbienne.

L'EXTRACTION

Cette opération chirurgicale constitue, nous l'avons vu, notre principale arme thérapeutique, car elle est efficace et économique. C'est cependant un traitement héroïque car il prive l'animal d'un moyen de mastication ; néanmoins, n'en exagérons point les inconvénients qui, chez le chien dont la vie est relativement courte, sont moins à retenir que chez l'homme. Tout dépend, bien entendu, du nombre de dents à extraire !

Cette intervention est très rarement dangereuse, les syncopes étant exceptionnelles. Quant aux soucis d'esthétique, ils ne sont presque jamais de mise.

Les indications de l'extraction sont donc nombreuses. Rappelons-les : les fractures, le déchaussement, la carie, l'arthrite alvéolo-dentaire, la luxation, la mauvaise implantation. Elle est de règle absolue dans le cas de fistule sous-orbitaire.

L'extraction est une opération assez difficile lorsqu'elle porte sur les molaires et surtout les molaires inférieures et postérieures, carnassières en particulier, qui peuvent se farcturer en cours d'intervention. Il faut compter aussi avec l'indocilité de nos patients qui impose souvent l'anesthésie. Des ouvre-bouche et des appareils plus ou moins compliqués ont été imaginés pour contenir l'animal. Nous pensons que l'assujettissement du chien par un aide ou deux sur le côté opposé à la dent malade, tel qu'on le pratique au Service de Chirurgie de l'Ecole de Toulouse, est moins dangereux et plus rapide.

S'il s'agit d'un petit chien ou d'un sujet à tempérament calme, cette simple contention doit suffire, du moins s'il faut extraire une dent branlante qui sera facilement saisie avec le davier.

Il n'en va pas de même dans le cas contraire et l'on peut alors envisager l'anesthésie du sujet.

Ce sera une anesthésie locale avec une solution de novocaïne adrénalisée en injection traçante autour de la dent à insensibiliser et en profondeur vers les racines. Au bout de 5 à 6 minutes, la muqueuse pâlit et l'on peut, à l'aide d'un fin bistouri, décoller facilement la gencive de la dent sur une hauteur de 1 cm. au moins ; cette anesthésie suffit dans la plupart des cas : le davier peut alors saisir facilement la couronne.

Sur des chiens trop vigoureux ou trop agités, l'on se trouvera bien d'une anesthésie tronculaire des nerfs dentaires, délicate à réaliser. Bressou et Cliza ont préconisé la technique suivante :

« Nerf dentaire supérieur : par le trou sous-orbitaire qui se trouve au-dessous de la troisième prémolaire et se présente sous la forme d'une fente ouverte en avant et perpendiculaire sur l'axe médian de la tête. L'aiguille est introduite en se dirigeant vers l'apophyse zygomatique et sur une longueur de 2 à 5 cm. suivant la forme de la tête et la taille du sujet.

Nerf dentaire inférieur : par le trou dentaire postérieur qui se trouve à la face profonde de la branche horizontale de l'os maxillaire inférieur, exactement au-dessus, en dedans et immédiatement en arrière de la dépression du bord inférieur de l'os ; cette dépression se trouve un peu en avant de la coudure de la mandibule, point d'insertion du digastrique. La longueur de pénétration est égale à la moitié de la largeur de la branche horizontale du maxillaire, celle-ci mesurée par son bord inférieur et une ligne horizontale tangente au collet de la carnassière » (Douville).

On injectera 2 à 4 cc. de novocaïne adrénalisée. L'anesthésie est complète après 10 minutes et dure une vingtaine de minutes.

Enfin, quelquefois, il sera préférable de pratiquer une anesthésie ou plutôt un assoupissement général par une injection sous-cutanée de 1 à 5 cg. de chlorhydrate de morphine (de préférence à jeun) suivie ou non 10 minutes après, de l'anesthésie locale.

L'anesthésie générale proprement dite pourra être obtenue par l'injection intra-péritonéale de chloral (3 gr. pour 10 kg., en solution au 1/5 en eau physiologique) (Minguet).

Le sujet préparé, la gencive décollée comme il a été dit plus haut, l'on peut effectuer une bonne prise avec le davier, le plus près possible du collet. On pratique alors la luxation de la dent en imprimant ver-

la cavité buccale des mouvements de latéralité à l'instrument ; puis on extrait la dent.

Les blessures de la muqueuse et des gencives cicatrisent vite. L'hémorragie qui suit est en général bénigne et s'arrête spontanément ; si elle est trop abondante, on placera un tampon de coton imbibé d'eau oxygénée pure dans la cavité produite par l'avulsion.

Si la racine est fracturée. il faut s'efforcer d'extraire la partie restée en place, quitte à mettre en œuvre une fine gouge.

La fracture de l'alvéole de maxillaire peut se produire si la luxation de la dent est faite trop brutalement ou lorsque les tractions sont mal dirigées. Il convient d'extraire à la curette les fragment osseux détachés, sous peine de voir se former des abcès.

La prothèse :

Signalons que des essais de prothèse ont été faits aux U. S. A. et en Grande-Bretagne. Hobday rapporte deux exemples sur des chiens âgés. On obligea l'un d'eux à porter 24 dents artificielles en porcelaine couronnée d'or et de platine. Inutile de dire qu'il fallut au dentiste une patience et une ingéniosité à toute épreuve pour mener cette opération qui fut, paraît-il, couronnée de succès, l'animal ayant fini par s'habituer à son appareil (il pouvait même broyer un os de côtelette!). Une telle intervention n'est plus de notre ressort et ne nous sera probablement jamais demandée. C'est une curiosité, sinon une fantaisie, que seul un prince pourrait s'offrir, à condition encore qu'il trouvât un dentiste bon enfant qui, amusé, accepterait de tenter l'expérience.

CONCLUSION

Au terme de cet exposé, nous formulons le vœu de voir s'enrichir l'Art dentaire vétérinaire.

Noyée dans la diversité de nos activités, cette branche de notre médecine est, avouons-le, et surtout en ce qui concerne le chien, la parente pauvre de notre profession.

Et pourtant, la dentition canine est tout aussi fragile que la dentition de l'homme, et sa pathologie aussi variée et intéressante ; si nous sommes parvenu à le montrer, nous en sommes satisfait.

Et si cet Art n'est pas tout à fait celui dont nous avons un instant rêvé, du moins accordons-lui la place qu'il mérite : notre profession et notre prestige en sortiront grandis !

Vu : *Le Professeur de l'Ecole Vétérinaire rapporteur :*
LASSERRE.

Vu : *Le Directeur de l'Ecole Vétérinaire :*
P. PONS.

Vu : *Le Président de la Thèse :*
BRUSTIER.

Vu : *Le Doyen :*
LEFEBVRE.

Vu et Permis d'Imprimer
Toulouse, le 14 avril 1951.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dr Joseph Bodingbauer. — Die Staupe, Schmelzhypoplasien des hundes (*Schweizer archiv Für tierheilkunde*, 1949).
2. Bonneau. — *Association fuso-spirochetienne chez nos animaux domestiques* (Toulouse, 1943).
3. Bourdelle, Bennejeant, Wicart. — *Anatomie et physiologie bucco-dentaires. Anatomie dentaire comparée* (1937).
4. Chombret. — *Pathologie dentaire* (1949).
5. Douville. — Les affections dentaires (*Encyclopédie vétérinaire périodique* (1944).
6. Fontaine et Huguier. — *Nouveau Dictionnaire Vétérinaire* (1924).
7. Lesbouyries. — *Tuberculose des carnivores domestiques* (Alfort, 1926).
8. Lesbre. — *Précis d'Extérieur des animaux domestiques.*
9. Minguet (G.). — *Les fistules sous-orbitaires* (Alfort, 1943).
10. Puget (E.). — *Cours magistral de Pathologie Chirurgicale* (Toulouse, 1949-1950).
11. Preterre. — *Les dents, leurs maladies.*
12. Ruppe (C.). — *Pathologie de la Bouche* (1931).
13. Samandaroff. — *Essai sur la chirurgie dentaire du chien* (Alfort, 1930).
14. Wright. — Some observations on dental diseases in the dog (*The veterinary Record*, april 1939).
15. *Information Dentaire* (numéros de janvier et février 1950).

Table des Matières

Avant Propos 7

Définition et Fréquence 9

Rappels anatomiques 11

Symptomatologie 15

Diagnostic 28

Diagnostic différentiel 30

Pronostic 32

Prophylaxie 34

Traitement 36

Conclusion 45

Bibliographie 46